Mentalização
e
Psicossomática
Pierre Marty
Casa do Psicólogo®

Dados Internacionais da Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Marty, P.
Mentalização e psicossomática / Pierre Marty ; tradução Anna Elisa de Villemor Amaral Güntert ; revisão técnica Flávio Carvalho Ferraz. – São Paulo : Casa do Psicólogo, 1998.

Título original: Mentalisation et psychosomatique.
Bibliografia.
ISBN 85-7396-011-6

1. Medicina psicossomática 2. Representação mental 3. Somatização – Distúrbios I. Título.

98-0888 CDD-154.24

Índices para catálogo sistemático:

1. Mentalização : Psicologia 154.24

Editor: Anna Elisa de Villemor Amaral Güntert

Revisão: Ruth Kluska Rosa

Composição Gráfica: Jesilene Fátima Godoy

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

Como individualidades encontramo-nos freqüentemente submetidos a um certo número de excitações de nossos instintos e pulsões.

Os acontecimentos e as situações que se nos apresentam, mais ou menos importantes na sua aparência, atingem nossa afetividade e desencadeiam excitações que convém descarregar ou escoar.

As principais possibilidades de escoamento e descarga de que dispomos constituem, por um lado, um trabalho mental de elaboração das excitações sentidas

e, por outro, os comportamentos motores e sensoriais diferentemente ligados ou não ao trabalho mental.

Podemos, globalmente, adiantar que, quando as excitações que se produzem em nós não se descarregam nem se escoam, elas se acumulam e atingem cedo ou tarde, de forma patológica, os aparelhos somáticos.

O que vai me interessar particularmente é a via de escoamento que a dinâmica de nosso aparelho psíquico oferece, de modo diferente para cada pessoa, em sua tarefa permanente de elaborar nossas excitações.

Para isso, tratarei brevemente dos seguintes assuntos:

- a noção de mentalização que se refere a nossas representações, a nossas imagens psíquicas, bem como a seu dinamismo;
- a organização progressiva das representações durante o desenvolvimento individual;
- a origem das insuficiências fundamentais e das indisponibilidades das representações que colocam obstáculo ao trabalho psíquico;

- as formas clínicas principais das mentalizações, ou seja, sua classificação semiológica;
- os esclarecimentos necessários para compreender melhor a economia individual no que diz respeito a comportamentos e conflitos;
- as relações entre as diversas formas de mentalização e os principais processos de somatização.

A MENTALIZAÇÃO

A noção de mentalização foi definida nos anos 70-75. Ela se refere a dimensões do aparelho mental que não tinham sido, até então, objeto de estudos particulares. As dimensões em questão concernem à quantidade e qualidade das representações psíquicas dos indivíduos.

As representações psíquicas constituem a base da vida mental de cada um de nós. Habitualmente, durante o dia, por exemplo, elas fornecem o que chamamos de fantasias. À noite, fornecem os elementos dos sonhos. As representações permitem as associações

de idéias, os pensamentos, a reflexão interior. São também utilizadas constantemente na nossa relação direta ou indireta com os outros.

> Assim, tenho, por exemplo, meu lenço nas mãos. Lembro-me de que ele me foi dado por um primo que já morreu. Penso então na morte deste primo que alguns colegas trataram. Sou grato por essa ajuda quando ele estava doente. Penso então em minha família que acabo de ver na província e experimento certa culpa por não ter ido, especialmente, fazer uma visita à viúva desse primo. Não tive tempo. Farei isso no próximo verão.

Esse exemplo parece conveniente, uma vez que propõe uma percepção atual que se prolonga em uma representação, que se liga, por meio de associações de idéias e de reflexões interiores repletas de afetividade, a um passado e a um futuro que dizem respeito a minha relação com os outros.

Os psiquiatras conhecem bem o papel das representações, papel elementar nas alucinações que as comprovam diretamente, papel mais complexo nos delírios nos quais

as ligações internas entre diferentes tipos de representações, de diversas épocas, produziram uma nova organização do psiquismo.

Os médicos apreciam igualmente o papel das representações, por exemplo quando um paciente lhes conta a história de sua doença. Esta história pode ficar 'seca', pouco representativa, levando apenas em conta os fatos patológicos e suas datas; ao contrário, ela pode ser rica quando cada fato patológico (se necessário com ajuda do médico) é associado aos acontecimentos afetivos das épocas em questão.

A mentalização diz respeito, portanto, à quantidade e à qualidade de representações em um dado indivíduo. Esta noção, revelada pelos psicossomaticistas franceses, psicanalistas de origem, foi aos poucos se liberando de uma confrontação sistemática (investigações e psicoterapias) com numerosos doentes orgânicos de todos os tipos. As particularidades e as diversas falhas no funcionamento mental dos indivíduos, de maneira geral ou nas enfermidades somáticas, parecem, de fato, diferentes

daquelas dos neuróticos estudados pela psicanálise.

A mentalização não foi objeto direto dos trabalhos de Freud, à medida que ele se interessou especialmente por certas organizações patológicas que floresciam na sua época: as neuroses mentais. Nas neuroses mentais clássicas, as representações psíquicas se mostram ricas no seu conjunto, e portanto sua quantidade e qualidade não chamavam especial atenção.

No entanto, sem as descobertas e as elaborações de Freud relativas ao funcionamento mental e suas instâncias, a partir de 1915 – bem como sua formulação da primeira tópica que situa o pré-consciente como local onde se manifestam, justamente, as representações –, sem dúvida a noção de mentalização não teria surgido.

A ORGANIZAÇÃO PROGRESSIVA DAS REPRESENTAÇÕES

As representações consistem em uma evocação de percepções que foram inscritas, deixando traços mnêmicos. A inscrição das percepções e sua evocação posterior são, na maioria das vezes, acompanhadas de tonalidades afetivas agradáveis ou desagradáveis.

O 'pré-consciente' constitui o lugar das representações e das associações existentes entre as mesmas.

A psicanálise considera as representações de coisas e as representações de palavras.

As representações de coisas evocam as realidades vividas de ordem sensório-

perceptiva. Elas originam associações sensoriais e perceptivas, como também associações de comportamento (por exemplo, fazer as coisas numa certa ordem). Podem estar ligadas a afetos, mas não se prestam, sozinhas, às associações de idéias, por não se mostrarem facilmente mobilizáveis pelo aparelho psíquico.

As representações de palavras se produzem a partir da percepção da linguagem dos outros, desde a mais elementar à mais complicada. Sendo inicialmente de ordem sensorial, as representações de palavras são também representações de coisas. Deixam progressivamente seu status de representação de coisas durante o desenvolvimento individual.

Elas nascem das comunicações com a mãe, depois mantêm e organizam as comunicações com os outros indivíduos, permitindo progressivamente as comunicações consigo mesmo – as reflexões interiores.

As representações de palavras constituem a base essencial das associações de idéias.

Via de regra, as representações de palavras ligam-se às representações de coisas para formar o sistema pré-consciente.

> Por exemplo, uma 'boneca', que de início é sentida como algo visível e palpável pelo bebê, adquire progressivamente o valor afetivo de uma 'criança', e mais tarde, no adolescente e no adulto, o sentido metafórico de uma 'mulher sexuada'. O conjunto é inscrito no pré-consciente.

É importante ressaltar que o inverso, quando de eventuais desorganizações do pré-consciente, as representações de palavras podem, de maneira patológica, reduzir-se a representações de coisas, perdendo a maioria dos componentes afetivos, simbólicos e metafóricos que havia adquirido durante o desenvolvimento.

> A palavra 'boneca' pode então não evocar no sujeito em questão nada mais que 'brinquedo de criança'.

Os sonhos noturnos, em geral, traduzem bem, no mínimo, a qualidade das representações em um dado indivíduo, em um dado momento. Às vezes, esses sonhos

se constituem apenas em representações das coisas cotidianas, próximas à realidade dos atos realizados ou a serem realizados, e não favorecem associações de idéias. Outras vezes, mesmo a partir de imagens simples, são suscetíveis de abrir caminho para múltiplas associações de idéias carregadas de afetos e símbolos, prestando-se portanto à descoberta de seu conteúdo latente, de sua significação real, que vai além de seu conteúdo manifesto.

Já falei repetidas vezes sobre a quantidade e qualidade das representações psíquicas do sistema pré-consciente. Sua quantidade está relacionada com a acumulação dos sedimentos de representações durante os diferentes momentos do desenvolvimento individual, em primeiro lugar os da primeira infância e da infância. Vimos o exemplo com a acumulação de sentidos da palavra 'boneca'.

Sua qualidade pré-consciente reside, ao mesmo tempo :

- na disponibilidade de sua evocação;

- na disponibilidade, no momento de sua evocação, de se ligar a outras representações da mesma época (as diversas condições familiares da infância nas quais se operava a brincadeira com a 'boneca', por exemplo), ou épocas diferentes (os três sucessivos valores da palavra 'boneca', por exemplo), de tal forma que o conjunto forneça as mais ricas associações;
- na permanência das disponibilidades precedentes, podendo essa permanência encontrar-se provisoriamente interrompida ou gravemente comprometida por evitações ou repressões de representações já adquiridas, em decorrência também da desorganização do sistema pré-consciente.

INSUFICIÊNCIAS E INDISPONIBILIDADES DAS REPRESENTAÇÕES

As insuficiências básicas das representações encontram sua origem no início do desenvolvimento do sujeito. Elas provêm:

a) de uma insuficiência congênita ou acidental das funções sensório-motoras da criança, funções que constituem as bases perceptivas das representações (dificuldades visuais, auditivas ou motoras, por exemplo);

b) de deficiências funcionais da mãe, da mesma ordem que as precedentes. Consideramos que uma mãe mais ou menos

surda ou cega, por exemplo, não possa assegurar uma comunicação clássica com seu bebê ou sua criança;

c, ou, e este é de longe o caso mais freqüente, de uma carência ou de uma desarmonia das respostas afetivas da mãe em relação a seu filho. Encontramos aqui múltiplos problemas ocasionados por mães somaticamente doentes e pelas mães deprimidas, excitadas, autoritárias, ou indiferentes, como também os problemas ocasionados por famílias numerosas nas quais a mãe não pode exercer, para cada um, sua difícil função.

Em todos os casos, em diferentes níveis da organização progressiva do bebê, depois da criança (sensoriais, motoras, afetivas, verbais) e finalmente no âmbito da organização das representações, instituem-se as faltas ou insuficiências de aquisição de representações de palavras ligadas a valores afetivos e simbólicos.

Em seguida, essas faltas ou insuficiências não se corrigem facilmente de forma espontânea. Mostram-se difíceis de corrigir

mesmo no curso de eventuais psicoterapias especializadas.

Devemos ressaltar que essas falhas são absolutamente diferentes das que apresentam os oligofrênicos. De fato, superestruturas mentais, por vezes bastante ricas, intelectuais por exemplo, podem existir nesses casos.

As indisponibilidades das representações adquiridas são resultado de evitações ou de repressões, fenômenos às vezes difíceis de se distinguirem entre si, ou ainda resultado de desorganizações mentais. Suas três origens mais freqüentes são:

a) pode tratar-se de tonalidades afetivas particularmente violentas e desagradáveis que são associadas às percepções de uma época, no mínimo da primeira infância ou infância, e que marcaram as representações correspondentes a essas percepções.

Não somente as representações implicadas são então evitadas (não se deve pensar nelas) ou reprimidas, mas as evitações e as repressões se estendem, como uma mancha de óleo, a toda uma rede de

outras representações ligadas afetivamente às precedentes.

Nesse caso, os mecanismos de recalque (do pré-consciente ao inconsciente) não parecem estar em jogo, já que a rede de representações implicadas não dá lugar ao que chamamos os derivados do inconsciente de múltiplos aspectos, uma vez que também toda a rede dessas representações pode reaparecer integralmente em certas ocasiões, para desaparecer de novo em seguida;

b) pode tratar-se igualmente de conflitos que opõem as representações com uma forte carga instintual ou pulsional às formações psíquicas mais ou menos precoces da ordem dos ideais com efeito de censura. O aparecimento, no sistema pré-consciente e consciente, das representações direta ou indiretamente eróticas e agressivas acha-se então repelido. Depois, as representações são reprimidas e modificadas em sua natureza conforme as condições que Catherine Parat descreveu, e que resumo:

- num primeiro momento, o conjunto de representações e de afetos ligados a elas não se mostram mais;

- num segundo momento, mais ou menos distanciado do primeiro, conforme o caso, as representações podem reaparecer em sua forma descritiva elementar, porém destituídas do valor afetivo que as acompanhava na origem, quer dizer, sem possibilidade de participar das associações de idéias da vida psíquica.

  É importante ressaltar que à repressão das representações mentais se associa regularmente a repressão de comportamentos que possuem cargas idênticas, instintuais ou pulsionais, de ordem erótica ou agressiva;

c) pode tratar-se, enfim, de desorganizações mentais cujo esquema é o seguinte: sabemos que um excesso de excitações tende sempre a desorganizar o aparelho funcional que o recebe. Nesse caso, este excesso de excitações atinge o aparelho mental, freqüentemente ao nível mais evoluído alcançado por ele, aquele que consideramos como sendo o da organização edipiana da fase genital.

No melhor dos casos, nessas condições, ocorre uma regressão (voltarei a essa noção,

a propósito da mentalização e dos processos de somatização) a modos de funcionamento anteriormente marcados na evolução do sujeito, sistemas chamados de fixações, que dão lugar à formação de uma sintomatologia mental, neurótica (de ordem oral ou anal, fases pré-genitais do desenvolvimento individual, por exemplo), ficando o restante da organização psíquica globalmente preservada quanto ao seu funcionamento.

No pior dos casos, os modos de funcionamento anteriores do sujeito, não tendo sido suficientemente marcados, não favorecem a instauração de uma sintomatologia mental, e o próprio aparelho mental se desorganiza (compreendemos agora que uma organização neurótica mental possa constituir um sistema de defesa frente à eventualidade de uma desorganização maior). Os primeiros passos para essa desorganização, sempre difíceis de serem evidenciados porque são negativos e revelam a falta, são constituídos por:

- uma depressão no sentido próprio de baixa de pressão, de baixa de tônus vital,

chamada essencial[1] em razão da ausência de sintomas positivos (ausência de sintomas mentais em particular);

- uma desaparição do valor funcional do pré-consciente. Não se reencontram mais as representações de palavras anteriores suscetíveis de participar das associações de idéias da vida mental habitual do sujeito.

Assim, por diversos processos de evitações, de repressões e de desorganizações mentais, aparece a indisponibilidade do aparelho psíquico para elaborar as excitações que não deixam de ser produzidas e de se acumular (o inconsciente recebe, mas já não emite). Apesar das aquisições anteriores do pré-consciente (e apesar da esperança maior que podem trazer, nesse caso, as

---

1 Depressão essencial - forma de depressão que se caracteriza por um rebaixamento do nível do tônus vital. Trata-se de uma depressão sem objeto, sem acusações, e sem culpabilidade consciente. Neste sentido, difere das depressões neurótica e psicótica, que apresentam um aspecto libidinal e ruidoso. A depressão essencial é um fenômeno comparável à morte, no qual a energia vital se perde sem compensações. (N. do R.)

psicoterapias), encontramo-nos então no mesmo estado de precariedade funcional do psiquismo que aqueles das insuficiências básicas de mentalização assinaladas no início deste capítulo.

PRINCIPAIS FORMAS CLÍNICAS DAS MENTALIZAÇÕES

Na clínica dos doentes somáticos, conforme os indivíduos e, para alguns deles, conforme o momento, aparecem diferenças marcantes quanto à quantidade e à qualidade das representações.

A - Por vezes, as representações parecem ausentes. Por vezes, mostram-se reduzidas em sua quantidade (numerosas percepções que, sem dúvida, existiram em muitas épocas não deram lugar às representações) e em sua qualidade (retomando nosso exemplo, a palavra 'boneca' jamais evocou outra coisa além de brinquedo de criança).

Os indivíduos, de tal maneira limitados em sua aptidão para pensar, não possuem outro recurso além da ação no seu comportamento (e desde que tenham essa possibilidade) para exprimir as diversas excitações exógenas e endógenas que a vida lhes propicia.

Foi assim que pudemos definir os 'neuróticos de comportamento' e, em um nível menor de pobreza quantitativa e qualitativa das representações, os 'neuróticos mal mentalizados'.

Reconhecemos nesses grupos os indivíduos que apresentam insuficiências de desenvolvimento do pré-consciente, bem como os indivíduos acometidos de desorganizações do pré-consciente. O diagnóstico diferencial entre as duas fórmulas patogênicas é, por vezes, difícil de ser estabelecido em uma primeira consulta.

B - Devo agora dizer algumas palavras sobre as boas mentalizações. Elas aparecem claramente quando os indivíduos têm permanentemente a sua disposição uma grande quantidade de representações psíquicas ligadas entre si (sujeitas a

associações de idéias) e enriquecidas, durante o desenvolvimento, com múltiplos valores afetivos e simbólicos.

É o caso dos 'neuróticos mentais' clássicos evidenciados por Freud, como também é o caso dos 'neuróticos bem mentalizados' cuja sintomatologia, menos organizada e menos sustentada que nas neuroses mentais – mais frágeis também –, mostra-se polimorfa, ao associar aos sintomas mentais (obsessivos ou de ordem anal; ou fóbicos ou de ordem oral), mais que nas neuroses mentais, traços de caráter e traços de comportamento.

C - Entre o conjunto formado pelos 'neuróticos mal mentalizados', de um lado, e aquele formado pelos 'neuróticos bem mentalizados', de outro, figura um terceiro grupo de indivíduos que, por sua importância numérica, merece a maior atenção. Trata-se do grupo formado por aqueles que nós chamamos 'neuróticos de mentalização incerta'.

Ora 'bem mentalizados', os indivíduos parecem ricos de representações e de pensamentos. Ora 'mal mentalizados', suas

representações e pensamentos apresentam uma pobreza desoladora. As variações de quantidade bem como de qualidade de suas representações são, por vezes, impressionantes.

Reconhecemos nesse grupo os sujeitos submetidos, por períodos mais ou menos longos, às indisponibilidades das representações adquiridas, por evitações ou repressões de suas representações.

A incerteza com relação à mentalização provém tanto da variação qualitativa e quantitativa das representações do sujeito observadas diretamente pelo entrevistador durante sua investigação, quanto da percepção que este tenha de tais variações, que podem ter sido extremas, ocorridas durante a vida anterior do sujeito (períodos de depressão essencial ou das repressões já assinaladas de representações e de comportamentos).

ESCLARECIMENTOS SOBRE OS COMPORTAMENTOS E OS CONFLITOS

Para facilitar a compreensão de minha exposição, voltarei um instante, de maneira mais precisa, a dois aspectos de nossa vida que foram anteriormente mencionados, que constituem, cada um de seu lado, os comportamentos e os conflitos.

OS COMPORTAMENTOS

Assinalei que, quando as representações mentais estão reduzidas, as pessoas não têm a possibilidade de elaborar psiquicamente as excitações das quais são objeto, e nem encontram outra via para expressar, para

descarregá-las, que não a da ação no comportamento (se puderem). As manifestações de comportamento não correspondem, no entanto, à ausência de uma vida mental.

Os comportamentos, mais ou menos acompanhados de afetos que se apóiam sobre a atividade sensório-motora, constituem de fato um imenso universo do qual cada um de nós se serve, conforme sua natureza e conforme as circunstâncias.

É verdade que eles podem ocorrer sem representações de palavras subjacentes (atividades eróticas ou diretamente agressivas, crises histéricas, atividades operacionais ou mecânicas, por exemplo). No entanto, na maioria dos casos, são precedidos ou acompanhados por numerosas representações mentais e numerosas associações de idéias (atividades refletidas, por exemplo). Num outro estilo, alguns comportamentos podem descarregar de imediato uma parte de excitações pulsionais com as quais temos de lidar (reações de caráter mais ou menos ruidosas, exercícios físicos – mesmo apenas andar –,

apelo parcial a algum tóxico – beber ou fumar – que diminua por um tempo essas excitações). Essas atividades, eventualmente, dão lugar a uma elaboração mental mais serena.

Os comportamentos podem ainda desviar as excitações sexuais e agressivas na direção de sublimações (artísticas, artesanais, sociais, esportivas, por exemplo).

Convém, contudo, ressaltar que os comportamentos que utilizam atividade sensório-motora correm o risco de ter seu papel de expressão das excitações comprometido quando a própria atividade sensório-motora encontra-se freada ou barrada por insuficiências físicas, acidentes ou doenças. As pessoas sujeitas a limitações ou incapacidades de expressão sensório-motora quase não podem ou não podem mais, então, utilizar a via dos comportamentos.

OS CONFLITOS

Para os psicanalistas, os conflitos são intrapsíquicos. Consistem na oposição de exigências ou tendências contraditórias, no interior do aparelho mental inconsciente,

pré-consciente e consciente. Eles pressupõem, portanto, uma boa mentalização, tal como a dos 'neuróticos mentais' e dos 'neuróticos bem mentalizados'.

Esses conflitos constituem-se durante a primeira infância e infância, por ocasião da evolução da sexualidade. Essencialmente, a oposição se dá entre nossas pulsões eróticas e agressivas, por um lado – em suas diversas configurações (orais, anais e genitais, por exemplo) – e, por outro lado, um certo número de formações mentais mais ou menos repressivas das pulsões precedentes: auto-estima, consciência moral, ideais, interdições (ideal do ego e superego em particular). Tais conflitos intrapsíquicos se apóiam, portanto, sobre representações pré-conscientes de tendências muito diversas e sobre os afetos a elas vinculados.

As representações das pulsões podem freqüentemente (naturalmente, eu poderia afirmar) encontrar-se recalcadas, remetidas do pré-consciente para o inconsciente, como já mencionei. Os recalques tornam os conflitos menos conscientes, mas provocam, em contrapartida, a organização interna das neuroses mentais, igualmente já

mencionadas, que deixam aparecer sintomas entre os quais figuram, em primeiro plano, angústias chamadas de 'sinais de alarme'.

Os sonhos, com as associações de idéias e as interpretações que eventualmente eles permitem nas psicanálises e psicoterapias, revelam, freqüentemente, os diferentes componentes do conflito (excitações pulsionais e interdições) e permitem desvendar progressivamente a história infantil do sujeito, deixando que apareçam os complexos resultantes (castração, Édipo, por exemplo).

Sem que seja o caso de uma intervenção psicoterapêutica, e portanto de maneira espontânea, os conflitos psíquicos mais ou menos latentes são despertados e animados regularmente por ocasião de novos acontecimentos que provocam excitações (essencialmente eróticas e agressivas). Surgem mais ativamente ainda por ocasião de perdas dolorosas: de um ente querido, de uma função física ou profissional, por exemplo.

O que ocorre então com os indivíduos bem mentalizados? Na maioria das vezes, aparecem com uma depressão que será

sintomática, um recrudescimento de sintomas mentais habituais, um aumento da quantidade e intensidade das angústias, eventualmente o aparecimento de manifestações psíquicas inéditas. De fato, excitações e representações novas se integrarão à massa de atividade conflitual psíquica existente que as engloba e assimila por um período mais ou menos longo, com mais ou menos sofrimento.

Se alguns sintomas somáticos aparecem então, eles se enquadram na ordem de patologias espontaneamente reversíveis, freqüentemente habituais à pessoa.

Mas quando faltam representações (neuróticos de comportamento, neuróticos mal mentalizados), os problemas se apresentam de maneira completamente diferente, à medida que, para retomar meus exemplos precedentes, as excitações eróticas e agressivas, ou a perda de um ente querido, não podem nem ser figuradas por representações, nem integrar um conjunto de atividade psíquica, aqui inexistente ou quase inexistente.

Qual será então a seqüência dos acontecimentos?

Quando se trata de excitações eróticas ou agressivas banais, estas podem dar lugar a expressões diretas ou rápidas por meio de comportamentos sexuais ou violências corporais que esgotam as excitações.

No entanto, por ter anteriormente vivenciado riscos, o sujeito pode se abster. Interdições parentais ou sociais (interdições não elaboradas pessoalmente, mal interiorizadas) são igualmente capazes de fazê-lo recuar diante da ação. Ele utiliza como pode, se for possível, os sistemas de comportamento aos quais está habituado e que já mencionamos: atividades físicas ou sublimadas, por exemplo.

Quando se trata mais gravemente da perda de um ser querido, algum companheiro mais ou menos constante, isto permanece como uma perda 'seca' (sem a possibilidade de 'trabalho de luto', trabalho psíquico que vem progressivamente, em outros, compensar a perda ou a dor) ... até que uma nova relação de um tipo semelhante à precedente venha eventualmente substituir aquela. É mais ou menos o que acontece com a perda de uma função profissional ou de uma função física

(quando esta última não vem barrar as expressões de comportamento).

Quanto às possibilidades de escoamento das excitações, graças à elaboração psíquica das pessoas bem mentalizadas, acabamos de ver nos sujeitos mal mentalizados a fragilidade e a precariedade dos meios de defesa diante das mesmas excitações que a vida traz.

Na ausência de funcionamento do sistema pré-consciente, as excitações não expressas e não descarregadas permanecem e se acumulam. De qualquer jeito, instala-se uma depressão essencial. As excitações correm o risco, como conseqüência, de seguirem seu caminho destrutivo numa desorganização progressiva[2] dos aparelhos somáticos.

---

2 Desorganização progressiva – movimento patológico relacionado com a vida operatória e com a depressão essencial; trata-se da destruição da organização libidinal de um indivíduo (correlata à idéia freudiana de "desintricação"), que em geral culmina em um processo de somatização. Pode-se considerar a desorganização progressiva como uma manifestação do instinto de morte, visto que ela se desenrola no sentido oposto ao da organização evolutiva. (N. do R.)

MENTALIZAÇÃO E PROCESSO DE SOMATIZAÇÃO

Podemos supor, de uma maneira geral, que:

- quando as excitações pulsionais têm uma importância mediana e não se acumulam demasiadamente em uma pessoa que, além disso, tem uma boa mentalização, observamos apenas o aparecimento de afecções somáticas, na maioria das vezes reversíveis espontaneamente;
- quando as excitações instintuais e pulsionais se mostram importantes e se acumulam em uma pessoa na qual, além disso, a mentalização é ruim, corremos o

risco de presenciar o surgimento de afecções somáticas evolutivas e graves.

Examinarei mais de perto as proposições precedentes que, em certa medida, opõem a noção de regressão àquela de desorganização progressiva, noção à qual já fiz alusão.

No curso do desenvolvimento individual, durante a vida intra-uterina, a primeira infância da infância, certas funções de ordem somática fundamental, de ordem relacional (sobretudo em relação à mãe, concernentes, por exemplo, à alimentação ou excreção), de ordem psíquica, enfim, são objeto de inscrições particulares que chamamos *fixações*. De tais incrições provêm dificuldades de diversas ordens que, na sua época, retardaram a participação de funções implicadas na evolução mais geral das pessoas.

As fixações funcionais (que se revelarão em seguida sob a forma de regressões) possuem um duplo valor:

- um valor negativo, porque as funções fixadas, aparentemente mais frágeis que as outras, serão preferencialmente o alvo

de patologias ulteriores (somáticas fundamentais, somáticas relacionais, mentais);

- um valor positivo, porque, sendo reservatórios de energia vital, elas terão uma faculdade de resistência maior que as outras ante os movimentos de desorganização do indivíduo, aos quais porão um fim.

As *regressões*, que representam assim um retorno parcial de um sujeito às fixações funcionais anteriores, embora se revelem sob formas mais ou menos patológicas, de fato protegem a economia vital geral deste indivíduo.

Se as regressões podem se instalar em qualquer momento (às vezes elas são inesperadas) e em qualquer lugar (sobre qualquer sistema funcional), os movimentos regressivos se encadeiam habitualmente conforme o seguinte esquema:

- excitações excessivas no nível psico-afetivo;
- leve desorganização mental revelada por uma depressão mais ou menos colorida pelos sintomas da regressão psíquica;

- regressão psíquica (aumento do nível de angústia, surgimento de outros sintomas mentais – fóbicos, por exemplo) e eventual aparecimento de sintomas caracteriais ou de comportamento;
- desorganização somática, freqüentemente pouco visível clinicamente (que poderá se comprovada em laboratório);
- aparecimento da afecção somática que põe fim ao movimento de desorganização.

Numerosas afecções somáticas são suscetíveis de responder a esse tipo de regressão: asma, eczemas, gastrites, úlceras, raquialgias, cefaléias – enxaquecas por exemplo. Existem muitas outras. Todas têm em comum o fato de se apresentarem sob formas clínicas clássicas, como doenças 'com crises', funcionalmente localizadas, não evolutivas em si mesmas. Elas não colocam em jogo o prognóstico vital dos sujeitos.

As terapêuticas médicas ajudam, às vezes de forma bastante necessária, a cura da crise. Ao reforçar as defesas mentais, as psicoterapias visam, se não à erradicação das afecções, pelo menos à diminuição de sua importância

e da freqüência das crises. O relaxamento é algumas vezes um adjuvante das psicoterapias.

As afecções somáticas de tipo regressivo sobrevêm freqüentemente em sujeitos bem mentalizados. O testemunho da boa mentalização é dado pela quantidade e qualidade habituais das representações psíquicas no indivíduo, como já vimos. É dada, na ocasião dos processos regressivos de somatização, pela aptidão do sujeito às regressões sintomáticas mentais (caracteriais e também de comportamento) que acabo de mencionar, as quais precedem ou acompanham a somatização.

É totalmente diferente com os processos de desorganizações progressivas que sobrevêm preferencialmente nos sujeitos mal mentalizados, cujas formas clínicas principais anteriormente expostas retomo agora:

- neuroses de comportamento;
- neuroses mal mentalizadas;
- desorganizações do pré-consciente.

- indisponibilidade das representações por evitações maciças ou repressões duráveis das representações.

Os movimentos das desorganizações progressivas (cujo sentido é globalmente inverso ao do desenvolvimento individual) encadeiam-se freqüentemente conforme o seguinte esquema:

- excessos permanentes ou repetidos e finalmente acúmulo de excitações no nível psico-afetivo, sem possibilidade de elaborações mentais, estando reduzidas as possibilidades de escoamento ou de descarga de tais excitações no comportamento;
- desorganização mental mais ou menos rápida, conforme o grau de precariedade do funcionamento anterior do pré-consciente do indivíduo. Um aparelho psíquico pouco denso é facilmente atravessado pelo movimento desorganizador;
- depressão essencial (retomada, freqüente, de um tipo de depressão da infância, ou retomada mais marcada de uma depressão

latente) e por vezes vida operatória[3], automática;

- ausência de regressões psíquicas sintomáticas (a vida mental é aqui reduzida a representações de coisas). Aparecimento eventual de angústias difusas (diferentes das angústias 'sinal de alarme' permeadas por representações) que assinalam o estado de risco psicossomático do sujeito;
- desorganizações somáticas freqüentemente notáveis, vindas, às vezes, de uma invasão de 'doenças' diversas, atípicas em sua forma como em sua evolução em relação às mesmas doenças de tipo regressivo. Convém prestar atenção ao fato de que as 'doenças com crises', habituais em um indivíduo, podem, no entanto, constituir

---

3 Vida operatória - conceito decorrente da noção de "pensamento operatório". Na vida operatória os comportamentos adquirem maior importância que os pensamentos; as representações psíquicas diminuem em quantidade e qualidade, tornando-se pobres, repetitivas e marcadas pelo factual e atual. O mundo onírico e fantasmático praticamente deixa de existir. (N. do R.)

um dia, em razão de uma desorganização mental imprevista, o primeiro sintoma somático de uma desorganização progressiva. A existência dos primeiros indícios anteriormente assinalados orientam o médico;

- aparecimento de uma doença grave, evolutiva. Esse aparecimento pode ser mais ou menos lento (tempos de latência diferentes, conforme a doença e conforme os sujeitos). Ela pode ser fulgurante, sem sinais anteriores de patologias somáticas.

As afecções somáticas que respondem finalmente às desorganizações progressivas se enquadram, em seu conjunto, no rol das doenças cardiovasculares, doenças auto-imunes e os cânceres. Evolutivas de várias maneiras, elas põem em risco o prognóstico vital das pessoas.

Nesse caso, as terapêuticas médico-cirúrgicas revelam-se indispensáveis.

As psicoterapias são destinadas a restabelecer o melhor funcionamento mental possível para o sujeito e, no caso de falhas profundas da mentalização, visam a

estabelecer o melhor funcionamento econômico possível (mental e de comportamento). De fato, conforme mostra a experiência, aos melhores níveis desses funcionamentos corresponde o melhor nível de defesas biológicas individuais.

Nos casos de cânceres, em que as psicoterapias visam, como em outros casos, a frear as evoluções da doença, até mesmo a acabar com essa evolução, a destruição dos focos tumorais, sejam quais forem, se impõe permanentemente.

É sempre bom que as psicoterapias se instituam o quanto antes para acompanhar, ajudar e, eventualmente, facilitar as terapêuticas médico-cirúrgicas e, em alguns casos, finalmente substituí-las.

Em todos os contextos patológicos em que as psicoterapias se instituem, seja o das afecções habitualmente reversíveis, ou, principalmente, o das afecções evolutivas, elas devem, a fim de oferecer aos pacientes um máximo de eficácia com um mínimo de riscos, ser efetuadas por psicanalistas que tenham recebido uma longa formação

psicossomática teórica, clínica e prática. Essa formação corresponde à que é dada no Centre d'Enseignement et de Recherche (C.E.R.P.) de L'Institut de Psychosomatique (I.P.S.O.), e que é posta em prática no "Hôpital de la Poterne des Peupliers (H.P.P.)" com as psicoterapias de adultos e crianças (Unité Léon Kreisler).*

---

* I.P.S.O. e H.P.P. - 1, Rue de la Poterne de Peupliers, 75013 Paris.

CONCLUSÃO

O estudo das imbricações do funcionamento mental e do funcionamento somático, ao longo do curso do desenvolvimento individual, constitui o objeto por excelência da pesquisa psicossomática. Percebemos alguns dados relativos aos problemas levantados. Esses dados em questão não estão inteiramente revelados. Longe disso. Estamos trabalhando para desvendá-los mais amplamente e com maior precisão.

A psicossomática representa um dos aspectos importantes da medicina atual. Ela

é clínica, prática e teórica. Sua prática reside nas psicoterapias de doentes somáticos, dos quais falamos, como também na prevenção das doenças somáticas, às quais não pudemos nos referir.

Outros aspectos importantes da medicina constituem os setores de estudos dos clínicos gerais e dos especialistas. Os fundamentalistas se interessam, felizmente também, pelas questões colocadas pela genética e pela neurobiologia, por exemplo. Todos se ocupam, como nós, dos doentes e de suas doenças. Nós nos alegramos e colaboramos de bom grado com eles para confrontar e, finalmente talvez, conciliar nossos pontos de vista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Debray, R.– *L'équilibre psychosomatique. Organisation des diabétiques*, Paris, Dunod, 1983.

Fain, M. e Marty, P. – Intervention sur le rapport de C. Le GUEN. Le refoulement, in *Revue française de Psychanalyse*, 50, nº 1, (especial), p. 476-479, 1986.

Jasmin, Cl. et coll. – Evidence for a link between certain psycological factors and the risk of breast cancer in a case control study, in *Annals Oncol.* nº 1, 1990.

Loriod, J. e Marty, P. – Fonctionnement mental et fonctionnement psychosomatique, in *Corps et histoire*, Paris, Les Belles-Lettres, p. 143-204, 1985.

Marty, P.; M'Uzan, M. de e David, Ch. – *L'investigation psychosomatique*, Paris, Presses Universitaires de France, 264 p., 1963.

Marty, P. – *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, t. 1, Paris, Payot, 274 p., 1976.

______ *Les mouvements individuels de vie et de mort. L'ordre psychosomatique*, t. 2, Paris, Payot, 1980.

______ Des processus de somatisation, in M. Fain e Ch. Dejours, *Corps malade et corps érotique*, Paris, Masson, p. 101-115, 1984.

______ A propos des rêves chez les malades somatiques, in *Revue française de Psychanalyse*, 48, nº 5, p. 1143-1164, 1984.

_____ Dispositions mentales de la première enfance et cancers de l'âge adulte, in *Psychothérapies*, Genebra, 8, nº 4, p. 177-182, 1988.

_____ *La psychosomatique de l'adulte*, Paris, Presses Universitaires de France, "Que sais-je?", 128 p., 1990.

M'Uzan, G. de – Relaxation et psychanalyse, in *Revue française de psychanalyse*, XLV, nº 2, p. 379-390, 1981.

Nicolaïdis, N. – *La représentation*, Paris, Dunod, 1984.

Parat, C. – La Répression, in *Revue française de Psychosomatique*, nº 1, Presses Universitaires de France, 1991.

Perron, R. – *Histoire de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, "Que sais-je?", 128 p., 1988.

Neste livro o autor nos traz de modo bastante esclarecedor e didático a essência de suas idéias.
A teoria psicossomática de Pierre Marty, de fundamento psicanalítico, constitui hoje a base dos principais desenvolvimentos teóricos e práticos sobre as inter-relações corpo-mente, e é referência fundamental para os que se dedicam ao assunto.